FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N° 180

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

LOUIS BOUTIRON

Né à St-Sauveur-de-Nuaillé (Charente-Inférieure), le 24 Janvier 1902

ÉTUDE

DE LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

CONSÉCUTIVE A

LA TYPHO-BACILLOSE

DANS L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE

Président : M. NOBÉCOURT, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1926

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1Bou .

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

LOUIS BOUTIRON

Né à St-Sauveur-de-Nuaillé (Charente-Inférieure), le 24 Janvier 1902

ÉTUDE

DE LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

CONSÉCUTIVE A

LA TYPHO-BACILLOSE

DANS L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE

Président : M. NOBÉCOURT, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1926

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SÉBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	LOEPER	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.	RATHERY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Bien faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MA SŒUR

A MA FAMILLE, A MES AMIS

A Monsieur le Professeur NOBÉCOURT

Professeur de Clinique infantile a la Faculté
de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Chevalier de la Légion d'honneur

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a fait le grand honneur d'en accepter la présidence.
Hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur E. CAILLE

Pharmacien de 1re classe

Licencié ès sciences

Professeur de Chimie a l'Ecole de Pharmacie de Rennes

Il a bien voulu nous faire bénéficier de son enseignement, nous guider de ses conseils, nous prodiguer ses encouragements.

Qu'il trouve dans ce modeste travail, le témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre affectueux attachement.

A Monsieur le Docteur H. JANET

Ancien chef de Clinique infantile a la Faculté

Nous lui exprimons notre vive gratitude pour les conseils si précieux qu'il nous a donnés au cours de ce travail.

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE L'ECOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A Monsieur le Docteur DAYOT
Professeur de Clinique chirurgicle
Chevalier de la Légion d'honneur

A Monsieur le Docteur Le DAMANY
Professeur de Clinique médicale

Dont nous fûmes successivement l'externe.

Hommage reconnaissant, pour leurs excellentes leçons cliniques et pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée.

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MM. les Professeurs GUILLAIN, CLAUDE, BRINDEAU

A Monsieur le Docteur LORTAT-JACOB

Introduction

Au cours de notre stage, dans le service de M. le Professeur Nobécourt à l'Hôpital des Enfants-Malades, nous avons suivi, avec intérêt, l'évolution d'une péritonite tuberculeuse, succédant à une typho-bacillose.

L'étude de la typho-bacillose n'est, certes pas, chose nouvelle. Cependant, nous fûmes surpris, en parcourant la littérature médicale, de ne rencontrer que six observations de localisations péritonéales. C'est pourquoi nous avons résolu d'en faire le sujet de notre thèse.

Dans ce travail, nous n'avons nullement la prétention de mettre au point une question délicate, encore controversée. Simplement, à côté de notre observation personnelle, nous avons groupé le plus grand nombre de faits se rapportant à la question et nous avons tenté, dans la mesure du possible, d'en tirer des conclusions. C'est ainsi que nous insisterons tout particulièrement sur la période de début de la péritonite; le passage de la typho-bacillose à la péritonite, sans convalescence, nous paraissant être assez fréquent et en même temps peu signalé.

Nous passerons tour à tour en revue :

1° La typho-bacillose en général;

2° La symptomatologie de ces typho-bacilloses à localisations péritonéales;

3° Le diagnostic surtout celui de la péritonite;
4° La pathogénie;
5° L'évolution et le pronostic;
6° Le traitement.

CHAPITRE PREMIER

La Typho-Bacillose en général

Dès 1882, le professeur Landouzy individualisait la typho-bacillose, qu'il définissait ainsi, quelques années plus tard, dans une de ses cliniques de la Charité : « Cette nouvelle infection tuberculeuse aiguë non granulique à forme typhoïde. »

La typho-bacillose est assez fréquente. Le professeur Landouzy en avait rencontré plus de deux cents cas et actuellement, les examens de Laboratoire facilitant la clinique, les médecins arrivent à la reconnaître assez facilement.

Cette modalité particulière de tuberculose aiguë est loin d'être une maladie exclusivement infantile. Rare chez les enfants de un à cinq ans, elle est plus commune de cinq à quinze ans. Les adultes et les personnes âgées ne sont pas exempts de la typho-bacillose, mais souvent les signes en sont réduits au minimum.

Quelle est la forme clinique habituelle de la typho-

bacillose ? Nous allons l'esquisser brièvement et nous ne pouvons mieux faire que de citer les descriptions typiques des professeurs Landouzy et Hutinel.

« Dans la typho-bacillose, le malade est un typhique par son facies, sa prostration, sa rate volumineuse et l'absence de localisation assez nette pour pouvoir faire un diagnostic certain. Les poumons ne disent rien, les centres nerveux peu de choses, si bien que le malade succombant, on se demande si le malade est mort de granulie ou de fièvre typhoïde. » (Landouzy.)

« Un enfant a de la fièvre, cette fièvre est survenue sans cause ou sous une influence banale, elle a une marche continue avec des intermittences marquées et des exacerbations vespérales, elle s'accompagne d'une accélération notable du pouls, de quelques troubles digestifs ou respiratoires, mais elle n'est justifiée par aucune lésion organique.

« L'examen le plus attentif ne décèle aucun foyer inflammatoire dans les différents appareils et l'on est conduit, faute de mieux, à penser à une fièvre typhoïde, dont cet état, dans beaucoup de cas, reproduit assez exactement les traits.

« Cependant, les jours passent et la dothiénentérie ne se caractérise pas, son tableau symptomatique restant fruste incomplet, le doute s'éveille peu à peu et l'on fait appel aux méthodes de laboratoire, à la séro-réaction, à l'examen du sang, à celui des selles, sans qu'aucune ne décèle l'infection éberthienne. » (Hutinel.)

Analysons, avec plus de détails, les symptômes. Au début, ce sont les prodromes, qui précèdent, en général, les

infections; malaise, céphalée, douleurs musculaires. Puis, la fièvre s'installe assez vite et au quatrième ou cinquième jour, elle oscille autour de 39°. Le pouls est rapide, dicrote. Suivant les cas, il peut exister un état typhoïde avéré avec prostration, hébétude ou, au contraire, absence de stupeur. L'amaigrissement s'accuse et devient parfois considérable, malgré la conservation relative de l'appétit. La langue est sèche et assez souvent elle se recouvre de fuliginosités. La rate est plus ou moins hypertrophiée et le ventre ballonné. Le foie déborde de un ou deux travers de doigts les fausses côtes. « La tuméfaction du foie, dit M. Gougerot, est un symptôme fréquent de cette bacillose aiguë qui simule la fièvre typhoïde ».

La constipation et la diarrhée ont été également rencontrées. Enfin, signe capital pour le professeur Landouzy, les taches rosées manquent constamment.

« C'est donc une fièvre tuberculeuse infectieuse aiguë, n'ayant de la fièvre typhoïde que le masque et non la réalité. C'est un faux typhique. » (Landouzy.)

Mais il importe de considérer surtout l'évolution, car c'est elle qui révèle la plupart du temps au clinicien anxieux, le véritable caractère de cette fièvre atypique.

Le plus souvent, après cette période aiguë ou « période bacillaire » (Grandchamp), le malade semble guérir. Mais la convalescence est pénible et quelque temps après, plusieurs septennaires parfois, une localisation tuberculeuse se dessine. Tantôt aux méninges, tantôt à la plèvre ou au péritoine. Dès lors, le malade se présentera comme un véritable tuberculeux. Le stade typho-bacillose est terminé, il fait place à la tuberculose. « C'est donc après

avoir fait un certain temps de stage dans la bacillose que le typho-bacillaire entre dans l'anatomie pathologique et la symptomatologie tuberculeuse. » (Landouzy.)

Mais il est aussi des cas où ce passage se fait d'une manière insensible, la fièvre continuant à évoluer, tandis que peu à peu s'ébauchent les divers symptômes de la localisation.

Nous avons donc résumé la période aiguë de la typho-bacillose. Les signes en sont à peu près toujours les mêmes, quelle que soit la future localisation de l'infection.

C'est seulement par un examen attentif de tous les organes, que le médecin, mis en éveil : par l'allure un peu particulière de cette typhoïde et par les réactions de laboratoire négatives, percevra au jour le jour des symptômes qui, en s'affirmant, démontreront la fixation de la maladie sur les méninges, la plèvre ou le péritoine.

Observations

Observation I

(Recueillie dans le service du Professeur Nobécourt, aux Enfants Malades.)

Marcel K..., né le 26 novembre 1912. Parents en bonne santé. Quatre enfants, dont l'un est mort d'appendicite. Une sœur atteinte d'adénopatfie cervicale; une autre bien portante.

L'enfant est né à terme, fut alimenté au sein, puis au biberon. Il a eu la rougeole à 5 ans et une forte grippe en 1918.

Entré dans le service une première fois, le 15 mars 1924, pour palpitations et dyspnée. Un léger frémissement cataire était perçu. L'auscultation faisait entendre un roulement présystolique, un dédoublement du deuxième bruit, un premier bruit légèrement soufflant et un claquement de la pulmonaire. Le Professeur Nobécourt porta le diagnostic d'endocardite. Il sortit à la fin de mai bien amélioré. Il fut ramené le 18 juin avec 38°5 de température et des douleurs dans les épaules. Le foie débordant de 2 cm. les fausses côtes. L'auscultation montrait un premier bruit assourdi et un deuxième bruit pulmonaire soufflant. L'oreillette gauche était percutable. Le 14 juillet, le cœur est redevenu normal et l'enfant s'en va.

Il entre une troisième fois dans le service le 26 avril 1925.

Le 17 avril, après quelques jours de malaise, la température s'est élevée assez rapidement, le pouls est devenu rapide et l'enfant était très fatigué. De la diarrhée liquide, jaune, peu

fétide, apparut après des lavements. Le soir, les parents remarquaient un peu de délire.

Le 27 avril, l'examen montre un enfant très abattu, somnolent, prostré, de temps en temps délirant. 39°8 de température, pas de toux. Pas de taches rosées.

La langue est sabburale, le pharynx rouge, le ventre est souple. Une selle diarrhéique.

A l'auscultation des poumons on entend quelques râles sibilants un peu partout. Le cœur présente un premier bruit un peu sourd à la pointe; un deuxième claqué. Le pouls est à 108, régulier, bien frappé. Réflexes normaux, pupilles égales.

La glace sur le ventre et la diète absolue sont ordonnées.

28 avril : 39°6 de température: Toujours la même prostration; un peu de trémulation des lèvres. La langue est blanche, mais humide. Les amygdales sont grosses et rouges. Il y a du muco-pus sur le fonds du pharynx.

L'abdomén est un peu ballonné, mais la sonorité est normale. Pas de gargouillement, ni de douleurs dans la fosse iliaque droite. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. Une selle diarrhéique. Quelques sous-crépitants se superposent aux sibilances à l'ausculation du poumon. Un peu d'éréthisme cardiaque. 108 pulsations. Tension artérielle : Mx. 10 1/2; Mn. 8.

29 avril : 39°6 de fièvre. Même état général. Pouls 116. Par moments, d'une manière presque régulière, apparaît un affaiblissement marqué de l'intensité des pulsations avec un peu de ralentissement. L'abdomen est toujours météorisé.

La percussion montre de la submatité à la base gauche.

1er mai : état général un peu meilleur : moins de prostration. 39°4 de température. 108 pulsations.

La langue est rose, mais toujours un peu sale. Sur les piliers du pharynx, quelques taches congestives sans ulcérations.

A la submatité de la base gauche s'ajoute une diminution de la respiration, dans cette même région.

2 mai : 39°5 de fièvre. 92 pulsations à la minute. Même prostration.

Un examen approfondi du cœur montre le premier bruit toujours assourdi et le deuxième un peu claqué. Le météorisme abdominal existe toujours, mais l'attention est attirée à la base gauche, mate sur une hauteur de quatre travers de doigts. Matité également dans l'aisselle. A cet endroit le murmure vésiculaire est aboli, la pectoriloquie aphone et l'égophonie ne sont pas entendues. Une ponction exploratrice est pratiquée et le liquide examiné.

3 mai : tuphos persistant. Température 38°8. Pouls 112. Sur l'abdomen aucune tache rosée. Il est toujours météorisé. La palpation détermine une certaine hypérestésie de la fosse iliaque droite, mais qui se diffuse aussi vers le haut, où l'on n'arrive pas à déterminer de point vésiculaire. Le foie n'est pas augmenté de volume, mais la rate est grosse.

L'épanchement pleural semble être un peu plus volumineux.

4 mai : 38°6 le soir et 38°2 le matin. L'état général s'améliore sensiblement. Aucun changement dans l'examen des organes.

5 mai 38° matin et soir. Moins de stupeur. L'abdomen est très ballonné et tendu, sans contracture. Mais dans la fosse iliaque gauche : zone de matité empiétant sur la région médiane. La matité pleurale a un peu diminué.

6 mai : 38°3 de température. 102 pulsations. A signaler un vomissement bilieux. Abdomen météorisé, sauf sous le rebord costal droit et dans la partie inférieure de la fosse iliaque gauche.

8 mai : la stupeur a presque complètement disparu. L'épanchement pleural est stationnaire. La matité abdominale dessine une courbe à concavité supérieure et s'arrête à 1 cm. au-dessous de l'ombilic.

9 mai : la température se stabilise aux environs de 38°. Les selles sont normales.

11 mai : une inégalité pupillaire apparaît .Si l'état général

est bien meilleur qu'auparavant, le masque est cependant figé, mais l'enfant répond fort bien à toutes les questions.

La matité abdominale progresse.

19 mai : l'état général est très bon. La matité pleurale remonte jusqu'à l'épine de l'omoplate. Mais le poumon droit et la plèvre sont intacts.

29 mai : l'enfant se plaint depuis deux jours d'une vive douleur lombaire gauche.

L'abdomen, de plus en plus tendu, montre une peau lisse blanche avec veinosités. A la palpation on trouve des gâteaux péritonéaux. La matité est presque générale, elle respecte cependant la partie supérieure de la fosse iliaque droite. La palpation réveille des douleurs un peu partout.

15 juin : depuis une quinzaine de jours, la température persiste aux environs de 38° le soir et 37°2 le matin. L'abdomen est plus souple, mais la matité n'a pas varié. Pas de douleur spontanée. La palpation en produit une dans la partie gauche de l'abdomen, où l'on rencontre une grosse masse péritonéale.

La matité pleurale a bien diminué, la respiration est entendue en même temps que quelques frottements pleuraux.

8 juillet : l'enfant souffre de l'articulation tibio-tarsienne droite, qui est un peu gonflée.

9 juillet : l'articulation est moins douloureuse. Depuis le dernier examen, la tension de l'abdomen est moins grande. Il persiste de la matité dans la moitié gauche de l'abdomen, qui se confond avec celle de la rate. La palpation fait sentir un gros gâteau dans cette même région. Aucune douleur.

Il demeure un peu de submatité à la base gauche.

En somme, l'enfant va beaucoup mieux; il reprend du poids : 32 kil. 500 au lieu de 30 kil. 200 le 21 mai et 32 kil. 700 à son entrée. Il a de l'appétit, il est plus gai. Seule la fièvre reste à 38° le soir, mais le matin il a 37°.

Le petit malade sort de l'hôpital le 25 juillet, séjourne en

Beauce jusqu'au 8 septembre. Il part alors à Hendaye, où il fait 5 heures d'héliothérapie quotidiennement.

18 janvier 1926 : il revient dans le service le 18 janvier 1926 pour ostéite bacillaire de la malléole péronière droite avec fistulisation. L'ulcération est arrondie et la peau adhérente au péroné, un peu de pus sort de la fistule. La tibio-tarsienne, un peu œdémateuse, est douloureuse, surtout à la partie postéro-externe.

Le soir, il a 37°5 de température. Le cœur déborde un peu le bord droit du sternum. L'oreillette gauche se percute toujours. Pas de souffle systolique. Deuxième bruit claqué. Aucune douleur abdominale. La palpation montre dans la fosse iliaque gauche une masse allongée indolente s'étendant jusqu'à l'épine iliaque antéro supérieure. Une respiration soufflante se fait entendre au sommet droit. La radio présente des ombres hilaires accentuées avec une légère diminution de transparence de deux champs pulmonaires. L'appétit est très bon et la péritonite est complètement terminée. L'enfant pèse 6 kil. 500 de plus qu'à son départ de l'hôpital.

Examens de Laboratoire. — 28 avril : hémoculture négative; cuti-réaction négative.

2 mai : séro-diagnostic à l'Eberth aux Para A. B. négatif.

Examen du liquide pleural : polynucléose, lymphocytes et grands monos.

5 mai : cuti-réaction positive. Elle le restera tout le temps.

6 mai : séri-diagnostic à l'Eberth aux Para A. et B. négatif.

14 mai : examen du liquide pleural : citrin, leucocytose massive dans le culot de centrifugation, grande majorité de monos et lymphocytes, quelques cellules endothéliales, quelques polynucléaires neutrophiles. Eléments en caryolyse accentuée. Pas de micro-organismes sur lame. Culture négative.

Observation II

Publiée par Landouzy dans la « Semaine Médicale », 1891

C'était la même opinion que je prenais d'un petit malade que je voyais en 1888 à Charleville, avec le Docteur Carrion. Le cas mérite de vous être conté non seulement parce qu'il vient documenter l'histoire de la typho-bacillose, mais parce qu'il vient grossir le nombre des guérisons invraisemblables survenues chez certains phtisiques au degré ultime du marasme.

Donc, en 1888, le Docteur Carrion me faisait voir un petit garçon de 9 ans, fils d'un confrère militaire, arrivé au dernier terme d'un phtisie abdominale : l'état était lamentable, la maigreur excessive, la fièvre vive, continue, rémittente. L'enfant, d'aspect squelettique n'ayant plus que la peau sur les os, somnolent, ne se plaignait que de coliques survenant chaque fois qu'il avait mangé, coliques suivies de selles petites, fréquentes, mi-diarrhéiques, mi-moulées. Le ventre, sensible à la pression, supportant mal le poids des couvertures, était ballonné, plaqué de duretés et de nouures surtout accumulées dans la zone péri-ombilicale. La rate était grosse et se confondait avec la matité du cul de sac pleural gauche. Dans les deux tiers inférieurs de la plèvre gauche, on constatait avec de la résistance au doigt de la matité du silence respiratoire la conservation des vibrations thoraciques. Le cœur n'était nullement déplacé. Absolument pas de toux, ni de douleur thoracique. Le testicule et l'épididyme gauches étaient gonflés et douloureux. L'examen du malade, l'hecticité, la fièvre continue, rémittente, tout prouvrait que nous avions affaire à une phtisie abdominale.

L'intérêt n'était vraiment pas, dans l'affirmation de cette diagnose, il était dans ce fait que l'enfant m'était montré au soixante-troisième jour d'une maladie qui, jusqu'au sixième septennaire, avait été diagnostiquée fièvre typhoïde. Les pro-

dromes, la marche, l'état muqueux, l'hypertrophie de la rate, le ballonnement du ventre, l'hyperthermie, tout (moins les taches rosées qu'on avait cherchées en vain) semblait s'être réuni pour légitimer le diagnostic et puis, le septième septennaire venu, les choses avaient pris la tournure que je vous ai dite, il avait fallu considérer l'enfant comme faisant une phtisie abdominale.

La situation était si mauvaise, l'hecticité tellement prononcée, que le pronostic paraissait indiscutable : pourtant, par pitié confraternelle plus que par conviction, nous dîmes au père que pour menacé que fût son fils, il n'était pas perdu, qu'il fallait lutter encore et se souvenir de la parole de Trousseau qui aimait à répéter « que les enfants reviennent de tous les diables ».

Je ne pensais plus à ce malade quand, l'an dernier, je reçus du père, aujourd'hui médecin militaire aux colonies, la lettre suivante, dont je relèverai les seuls passages qui nous donnent la fin de l'observation commencée en 1888.

« Ma lettre vous apporte des nouvelles de mon enfant atteint, vous vous en souvenez, de tuberculose abdominale, de pleurésie gauche de même nature, et arrivé au dernier degré de faiblesse et de marasme, abimé depuis deux mois par la fièvre et les douleurs abdominales. Tout en ne me dissimulant pas la gravité du pronostic, vous m'avez cependant rendu le courage, que j'avais perdu, en m'affirmant que je ne devais pas désarmer. Je me suis remis franchement à l'œuvre et aujourd'hui (1890), je pourrais vous présenter un bon gros garçon, solide gars, vigoureux à ravir. Un mois environ après votre bonne visite, il s'est établie une fistule ombilicale que j'ai dilatée et dont j'ai entretenu la perméabilité pendant six mois. C'est depuis l'établissement de cette fistule que mon fils est franchement entré en convalescence : ses gateaux péritonéaux ont fondu à vue d'œil, et actuellement il faut bien chercher pour trouver encore quelques nodosités dans la profondeur : la poitrine et les plèvres sont intactes. »

Observation III

Recueillie dans le service de M. le Professeur Weill et citée dans la Thèse de Macheras, Lyon 1906.

V... Madeleine, six ans, entre à la Charité le 10 juillet 1900. Parents bien portants. Deux enfants sont morts l'un à treize mois, l'autre à cinq, tous deux de méningite. Nourrie au sein par une nourrice, elle en a été retirée mal portante et chétive. Elle a eu la coqueluche à trois ans et la rougeole un mois après.

Depuis dix jours, maux de tête, douleurs abdominales, pas de diarrhée.

A l'entrée facies pâle, aspect chétif. Langue sabburale avec piqueté rouge sur les bords, d'aspect typhique. Pas de douleurs, ni de gargouillements dans la fosse iliaque droite. Pas d'hypertrophie splénique, ni hépatique. Pas de tâches rosées. Température 39°5 hier soir, 38 degrés ce matin. Pouls 112.

Aux poumons, pas de modifications de la sonorité; quelques râles disséminés.

11 juillet. — Température 38°7 le matin. Deux ou trois taches rosées apparaissent mais sont douteuses. Le séro-diagnostic typique est négatif. La malade a eu quatre selles depuis hier.

13 juillet. — Diarrhée a cessé. Matité splénique 5 centimètres, pas d'hypertrophie du foie.

1er août. — Pouls tend à baisser. La malade présente un léger ballonnement du ventre.

3 août. — La température oscille autour de 38°5, le ventre, qui s'est ballonné de plus en plus, est énorme aujourd'hui; il est tympanisé. Toute la partie sus-ombilicale de l'abdomen est très sensible à la pression.

M. Nové-Josserand, qui a examiné la malade, porte le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

6 août. — La constipation persiste. Ventre douloureux, sub-

matité à la percussion, ce qui semble indiquer un épaississement du péritoine.

Observation IV

Publiée par MM. Weill et Mouriquand dans la « Presse Médicale » du 27 novembre 1909.

Chez un enfant de 9 ans, que nous vîmes quinze jours après le début de son affection, nous relevâmes de la céphalée, des épistaxis, des vomissements, de la diarrhée avec forte fièvre (39°9-40°) une langue sabburale, un état typhique, tous symptômes parlant en faveur de la dothiénentérie. Cependant les taches rosées et la splénomégalie manquaient. Le séro-diagnostic typhique était négatif. Trois semaines après le début, la température devint oscillante, allant de 37°2 à 40°2, laissant à l'enfant un état relativement satisfaisant.

Au bout d'un mois et demi apparurent les symptômes typiques d'une péritonite tuberculeuse.

Observation V

Citée par le Docteur Armand-Delille dans la « Presse Médicale » du 15 *mai* 1913.

Nous avons observé avec M. Rist, une jeune fille chez laquelle trois mois après une infection fébrile prolongée, étiquetée paratyphoïde (agglutination d'un paratyphique B au 1/200), suivie d'un rétablissement complet de la santé, avec reprise de poids normal, se manifestèrent des douleurs de la région sous-hépathique avec anorexie parfois subictère et élévation thermique oscillant chaque jour pendant plus de deux mois entre 37°5 et 38°5. Au bout d'un mois apparut la tumé-

faction d'un ganglion sus-claviculaire droit, qui attira l'attention du côté de la tuberculose; mais le ventre était à peine météorisé, il ne présentait pas d'ascite et il fallut une laparatomie exploratrice, faite deux mois après le début de ces phénomènes, pour montrer qu'il s'agissait d'une tuberculose péritonéale, caractérisée par un semis de tubercules à la surface des anses intestinales sans ascite, mais s'accompagnant d'adénite tuberculeuse mésenthérique.

La jeune malade transportée dix jours après l'opération dans une station climatérique s'est parfaitement remise des suites opératoires et n'a pas conservé de fistules. Après la persistance de la fièvre à type subaigu pendant près de trois mois, elle est complètement guérie, n'a plus de fièvre, le ventre n'est plus douloureux et le tube digestif fonctionne normalement.

Observation VI

Recueillie par le Professeur Léon Bernard et publiée par le Docteur Armand-Delille dans la « Presse Médicale » du 15 mai 1913.

Jeune fille de 19 ans, ayant des antécédents personnels un peu suspects et des antécédents familiaux chargés de tuberculose qui, brusquement (au printemps de 1911), fit une fièvre élevée avec manifestations abdominales. La fièvre présentait de grandes oscillations montant jusqu'à 40° et plus et les symptômes abdominaux consistaient en selles muco-membraneuses, douleurs et léger météorisme. Le médecin qui suivait la malade à ce moment fit le diagnostic d'entérite. Bientôt les symptômes intestinaux furent réduits à néant : aucun symptôme de dothiénentérie ne se développa, mais la fièvre persistait avec la même allure aussi sévère et s'accompagnant bientôt d'accès de frissons, qui rappelaient ceux des fièvres

septiques, en même temps un amaigrissement rapide, une pâleur intense accusaient une situation de plus en plus inquiétante. Les hémocultures, aussi bien que les diverses séro-réactions (Eberth, paratyphus, melitensis) pratiquées à ce moment, restèrent négatives.

Bientôt se développe dans l'hypocondre droit une tuméfaction rénitente, douloureuse, bien localisée, qui fait craindre l'apparition d'un phlegmon sous-hépatique, diagnostic qui paraît probable alors à un médecin et à un chirurgien, comptant parmi les meilleurs cliniciens de Paris, appelés en consultation.

Il n'en devait rien être. Dans les semaines qui suivirent, cette tuméfaction se dissipa progressivement, jusqu'à ne plus laisser de traces, mais d'autres signes abdominaux s'y substituaient : des douleurs vagues, inconstantes, des zones de rénitence sensibles, variables tantôt dans l'une ou l'autre fosse iliaque, tantôt autour de l'ombilic. La fièvre, après quelques semaines, tombait par une défervescence d'une lenteur désespérante, jusqu'à la normale, qui fut atteinte trois ou quatre semaines après.

A ce moment l'amaigrissement était profond : quelques signes de congestion du sommet gauche étaient évidents, enfin toute la région péri-ombilicale était comme empatée et douloureuse. Sous l'influence des mouvements ou des règles, les douleurs s'exagéraient et la température s'élevait de quelques dixièmes de degré.

Le diagnostic s'imposait à la suite de cette évolution. Il s'agissait d'une typho-bacillose et d'une typho-bacillose recouvrant une lésion péritonéale : sous l'influence d'un traitement général prudent et tenace, d'une immobilisation prolongée, la température ne présenta plus que dès instabilités tout à fait fugitives, les signes thoraciques disparurent complètement. Restèrent seulement en diminuant progressivement les accidents péritonéaux. Actuellement la région péri-ombilicale est à peu près libérée, mais les douleurs vésicales ont conduit

à explorer le petit bassin et le toucher rectal a montré l'existence d'un empatement périannexiel.

Observation VII

Publiée par le Docteur Bufnoir dans le « Journal Médical Français » de juillet 1923.

M. B..., 19 ans, arrivé à Cannes le 22 janvier 1923. Il a eu, en novembre 1922, des accidents généraux semblables à ceux d'une paratyphoïde. M. le Professeur Sergent, appelé en consultation, constate une péritonite bacillaire à forme fibreuse avec léger épanchement et note quelques frottements et quelques râles fins à la base gauche.

A l'arrivée, le malade n'a plus d'ascite. Le ventre est globuleux, dur dans toute son étendue. Il est douloureux spontanément et à la palpation. Quelques frottements pleuraux à la base gauche, respiration un peu obscure au sommet, mauvais état général, maigreur, pâleur, température oscillant de 37°5 à 38°5. On commence aussitôt l'héliothérapie.

Le 3 février, le ventre a diminué et commence à s'assouplir, les mouvements sont beaucoup moins gênés. Plus de douleurs abdominales. Amélioration considérable de l'état général. Augmentation de poids : 1.700 grammes.

Le 18 février l'amélioration se poursuit : la température oscille de 36°8 à 37°5. En mars, l'augmentation de poids s'accentue, 1 kilo par quinzaine, l'état général est parfait. Le ventre s'assouplit, les digestions sont excellentes, l'appétit presque exagéré. La température est redevenue normale. Le malade quitte Cannes le 14 avril ayant augmenté de 6 kilos. Le ventre a diminué sensiblement de volume, il est beaucoup plus souple, il reste cependant un gateau péritonéal, remontant au-dessus de l'ombilic. Pas de traces d'ascite.

M. B... est revu le 9 mai par le Professeur Sergent qui m'écrit pour m'exprimer sa satisfaction de retrouver son malade absolument transformé.

Observation VIII

Publiée par M. Léon Tixier dans le « Monde Médical » du 1er septembre 1925.

Chez un jeune homme de 25 ans suivi, il y a quelques années, la température dura plus de six semaines, la courbe thermique était à peu près celle d'une typhoïde ou d'une paratyphoïde et cependant les épreuves de laboratoire renouvelées à différentes reprises étaient invariablement négatives. Pendant la convalescence, alors que la température oscillait entre 37 et 38°, le malade se plaignit de vagues douleurs abdominales. Nous avons alors senti parfaitement, le Professeur Hutinel et moi, une masse dure épiploique, qui n'était autre qu'une localisation péritonéale du bacille de Koch et qui disparut d'ailleurs tout à fait après trois mois passés à la campagne.

CHAPITRE II

Etude Clinique de la Typho-Bacillose à Localisations péritonéales

Nous avons vu que les localisations péritonéales de la typho-bacillose sont assez rares.

Age. — Il est difficile de savoir l'âge le plus favorable à la fixation de la bacillose sur cette séreuse.

Pour M. Weill « les localisations méningées se feraient dans les premières années; ensuite viennent les péritonéales et à un âge plus avancé, les pleurales ». Mais, il ajoute « cette règle qui souffre de nombreuses exceptions paraît vraie dans sa généralité ».

En examinant les observations que nous avons recueillies, nous voyons : un malade âgé de 6 ans (observ. III), trois âgés de 9 ans (observ. II, IV), un de 13 ans (observ. I), mais aussi trois âgés de 19 ans (observ. V, VI, VII), et enfin un seul de 25 ans (observ. VIII).

Dans ces conditions, une conclusion nous semble bien délicate, mais nous pouvons dire cependant : que l'adolescence a l'air aussi atteinte par la typho-bacillose que la grande enfance.

SYMPTOMATOLOGIE

1° Période de typho-bacillose

Début. — Les malades se présentent généralement avec les prodromes de la fièvre typhoïde. Ils éprouvent d'abord un vague malaise, une sensation de fatigue générale, de la lassitude, puis la céphalée apparaît et des vomissements lui font suite.

Chez quelques malades, nous observons en outre, soit de la diarrhée liquide, jaune, identique à celle d'un typhique (observ. I et IV), soit des épistaxis peu abondantes (observ. IV), soit des douleurs abdominales (observ. III).

L'examen des malades montre l'absence d'hépatomégalie et de splénomégalie et une langue sabburale.

La fièvre, qui apparaît dès le début, atteint assez rapidement 39°-39°9 le soir, pour descendre le matin à 38°3-38°8. Quant au pouls, il est rapide : 108-116 pulsations à la minute; il est, par conséquent, plus accéléré que dans la typhoïde. Nous trouvons, en plus, du dicrotisme et surtout une instabilité caractéristique : par moments les pulsations sont ralenties et affaiblies (observ. I).

Cette période initiale est très brève : vite les malades entrent dans la phase d'état.

Etat. — *Symptômes nerveux.* — Si nous consultons les auteurs à ce sujet, nous les trouvons partagés : le professeur Landouzy a toujours signalé le tuphos, le professeur Nobécourt pense qu'il fait le plus souvent défaut et même certains, comme M. Weill, insistent sur la conservation de l'intelligence et la gaîté des jeunes malades.

En le recherchant dans nos observations, nous le voyons mentionné : « facies prostré » dans l'observation III et « état typhique » dans l'observation IV. Il fut très net et dura une douzaine de jours environ chez le malade de l'observation I, où nous pouvons le décrire ainsi : l'adynamie est légère, mais constante. A elle s'associent l'apathie et l'indifférence. L'enfant est étranger à tout ce qui l'entoure et répond avec peine et lentement aux interrogations. Quand on ne lui cause pas, il est plongé dans une somnolence, coupée de temps à autre par un peu de délire qui est plus accentué la nuit. Aux lèvres, quelques mouvements fibrillaires ont été perçus.

Température. — En corrélation avec ces troubles nerveux, existe, comme au début, une fièvre élevée, qui se prolonge pendant trois semaines (observ. I, III, IV).

A cette époque, c'est surtout la température matutinale qui baisse et la fièvre prend un type oscillant (observ. III, IV, VI). Ces oscillations sont plus grandes que celles de la fièvre typhoïde. Elles peuvent s'accompagner de frissons comparables à ceux des fièvres septiques observ. VI).

La tachycardie et l'instabilité du pouls persistent toujours.

Appareil digestif. — L'appétit n'est pas complètement disparu, mais l'amaigrissement est déjà sensible. La lan-

gue est sabburale, elle reste étalée et humide (observ. II). Dans l'observation III, elle portait un piqueté hémorragique sur les bords, qui lui donnait l'aspect typhique.

L'abdomen demeure souple et de sonorité normale, il présente un léger météorisme, qui n'entrave d'aucune manière la respiration. Les douleurs abdominales ne sont pas très fortes, mais la pression les accentue. D'autres fois, on ne détermine qu'une réaction de défense indiquant de l'hyperestésie (observ. I); le plus souvent limitée à la fosse iliaque droite, mais parfois assez diffuse pour attirer l'attention tantôt sur la région appendiculaire, tantôt sur la région vésiculaire (observ. I).

Quelle que soit l'observation considérée le gargouillement a partout fait défaut. On le rencontre d'ordinaire dans toutes les dothiénentéries.

La diarrhée a existé chez presque tous nos malades. C'était un liquide d'une couleur jaune ocre, assez souvent fétide. Les selles, au nombre de deux à quatre, n'étaient pas douloureuses.

Au contraire, dans l'observation VI, le malade avait des selles muco-membraneuses faisant soupçonner assez longtemps une entérite muco-membraneuse. Nous savons que dans la typho-bacillose, comme dans la fièvre typhoïde, la constipation se rencontre. Et même, pour quelques auteurs elle serait plus fréquente que la diarrhée dans la typho-bacillose.

Le pharynx présente une rougeur diffuse et les ulcérations méthodiquement recherchées n'ont jamais été vues (observ. I). Elles manqueraient seulement dans 5 ou 6 p 100 des cas de fièvre typhoïde (Devic).

L'hypertrophie de la rate a été constatée tardivement (observ. I et III) ou ne le fut pas du tout.

Quant au foie, la palpation ne l'a pas montré débordant les fausses côtes. Ses fonctions sont certainement touchées : le subictère de l'observation V en est une preuve.

Appareil respiratoire. — A l'auscultation du malade de l'observation I, quelques sibilances étaient entendues, dès son entrée à l'hôpital. Peu après, des sous-crépitants disséminés dans les deux poumons les remplacèrent. Le quinzième jour la submatité et la diminution de la respiration furent le début de la localisation pleurale que nous envisagerons plus loin.

Dans les autres observations, aucun symptôme pulmonaire n'est noté.

Appareil circulatoire. — Notre petit malade (observ. I) qui avait fait, l'année précédente une endocardite, ne manifesta à aucun moment des signes de souffrance cardiaque. Un peu d'éréthisme, un assourdissement du premier bruit et un claquement du deuxième plus marqué, tels étaient les résultats de l'auscultation.

Exanthème. — L'exanthème spécifique de la fièvre typhoïde : l'éruption des taches rosées lenticulaires, fait complétement défaut.

Si dans l'observation III, on a cru les voir apparaître, il est fait toutes réserves sur leur valeur.

Epreuves de laboratoire. — Pendant toute cette période les recherches de laboratoire susceptibles d'éclaircir la situation ont été effectuées. L'hémoculture a été négative.

Le séro-diagnostic à l'Eberth, au para A et au para B fut deux fois négatif. Quant à la cuti-réaction, négative au début de la maladie, elle devint positive vers le milieu. Nous reviendrons sur l'importance de ces recherches au chapitre du Diagnostic.

Epoque d'apparition de la Localisation

Nous venons d'essayer de décrire et de grouper les symptomes qui ont caractérisé la période aigue de ces typho-bacillose à péritonite consécutive. Nous avons vu que l'état général, la température, le pouls dominent surtout la scène; les autres signes étant négatifs.

Cherchons maintenant à connaître le moment d'apparition de la localisation péritonéale. Le Pr Léon Bernard a dit à ce sujet : « L'infection bacillo-tuberculeuse se révèle par deux phases successives, une première phase aigue, de fièvre continue plus ou moins semblable à la fièvre typhoïde, puis une phase de localisation. » Cette phase de localisation peut commencer à deux époques de la maladie bien différentes.

Le plus souvent, après trois ou quatre semaines de fièvre continue, le malade entre en convalescence; mais cette convalescence n'est pas franche, le malade ne reprend pas son entrain, l'apyrexie n'est pas complète, puis quelques semaines ou quelques mois plus tard, se démasquent plus ou moins bruyamment, les signes de la localisation.

Telle n'est pas toujours l'évolution de la maladie et parfois, ainsi que le Pr Landouzy l'envisageait déjà « le

passage se fait insensiblement, sans la transition d'une convalescence même ébauchée ».

Dans les huit cas que nous avons réunis, cinq fois la péritonite tuberculeuse s'est déclarée pendant la période aigue de la typho-bacillose et trois fois seulement après une convalescence plus ou moins longue.

En effet, dans les observations V, VII, et VIII, c'est environ un mois après la fin d'une maladie : appelée fièvre typhoïde, donc pendant la convalescence de cette dernière ou à peu près, que commence la péritonite tuberculeuse.

Mais aussi : le 11e jour, en pleine fièvre par conséquent, sans aucune convalescence, nous voyons, dans l'observation I, apparaître le météorisme de l'abdomen et le 12e la submatité de l'hémithorax gauche est perçue. Dans l'observation II, c'est le soixante-troisième jour d'une maladie à fièvre continue diagnostiquée dothienentérie que Landouzy découvre la « Phtisie abdominale ». Au 20e jour, dans l'observation III, d'une maladie à fièvre élevée, persistante, étiquetée fièvre typhoïde, s'affirment nettement les signes d'une péritonite tuberculeuse. Les symptomes abdominaux, dans l'observation VI, existaient dès le début, mais ils étaient recouverts par les phénomènes généraux de la typho-bacillose, qui longtemps avaient fait errer le diagnostic. Après trois semaines de fièvre oscillante, débute la péritonite (observ. IV).

Localisation Pleurale

Observée seulement dans les observations I et II.

Une légère dyspnée et un peu de submatité de l'hémithorax gauche sont venus, au milieu des phénomènes généraux, montrer la localisation pleurale. La respiration à ce niveau est affaiblie. La pectoriloquie aphone et l'égophonie ne sont pas perçues. Mais la matité s'étend et commande une ponction exploratrice. Nous nous trouvons en présence d'un liquide citrin, clair. La réaction de Rivalta est positive. L'examen du liquide montre : de la polynucléose, des lymphocytes et des grands monos.

La plèvre droite reste indemne. Aussi, l'enfant n'est-il pas géné par ce petit épanchement, qui finalement, atteindra l'épine de l'omoplate.

Une deuxième ponction exploratrice permet de retirer une liquide dont l'examen donne le résultat suivant : « Liquide citrin, leucocytose massive dans le culot de centrifugation, grande majorité de monos et de lymphocytes et quelques cellules endothéliales. Quelques polynucléaires neutrophiles. Culture négative ». C'est en somme le liquide classique de la pleurésie séro-fibrineuse.

Au bout d'un mois, la matité régresse et l'auscultation fait entendre à nouveau la respiration. Et, quelques semaines plus tard : la submatité, la rudesse respiratoire, de rares frottements pleuraux seront les seuls vestiges de cette pleurésie, qui n'aura été qu'un épisode, heureusement bénin, dans la fixation du bacille de Koch sur les séreuses, un acte de cette polysérite.

Localisation péritonéale

Début. — Quel fut le premier symptome, au milieu des manifestations générales de la typho-bacillose, à attirer l'attention sur le péritoine ?

Dans presque tous les cas la péritonite a débuté par du météorisme, discret chez quelques-uns, il fut remarqué chez tous. Nous avons noté précédemment ses dates d'apparition. Le malade de l'observation VI présenta un météorisme si accentué, limité à l'hypochondre droit, qu'il fit redouter, pendant un temps, un phlegmon sous-hépatique.

Parmi les symptômes précoces, nous pouvons également classer l'hyperestésie cutanée (observ. I).

Les selles sont légèrement diarrhéiques. Des muco-membraneuses furent aussi trouvées (observ. VI). Cela montre que le syndrome entéritique sert parfois d'expression à la péritonite bacillaire, ainsi que Joltrain et Baufle l'ont signalé.

Des douleurs abdominales vagues, diffuses sont réveillées par la palpation. Il n'y a pas de contracture. Enfin, au début de la localisation, la fièvre tombe un peu et la prostration semble diparaître.

Etat. — Si les phénomènes de début de la péritonite que nous venons d'examiner sont à peu près identiques dans toutes nos observations, il n'en est plus de même à la période d'état, où les divers symptômes observés montrent que la péritonite consécutive à la typho-bacillose emprunte trois formes différentes : soit la forme fibro-

caséeuse ordinaire, soit la forme fibreuse, soit la forme anascitique.

Dans l'observation I, c'est une péritonite fibro-caséeuse qui a évolué sous nos yeux.

La peau de l'abdomen, lisse, blanche, un peu tendue, laisse voir un léger réseau veineux qui se dessine à la surface. Une résistance de plus en plus grande se fait sentir à la palpation de la fosse iliaque gauche et au bout de peu de jours, existe un empâtement diffus, mal limité, inégal : ce sont les gateaux.

Ceux-ci s'étendent bientôt à toute la région para-ombilicale et la percussion révèle une matité de même forme que les gateaux.

En même temps, le malade éprouve des douleurs lombaires assez vives, exagérées par la palpation. Les selles sont plutôt diarrhéiques et il y a quelques vomissements.

Pendant toute cette période, l'enfant maigrit. Il est pâle, les yeux sont cernés, le masque est figé et la température reprend également ses oscillations. Une somnolence légère, un peu d'inégalité pupillaire ont fait craindre pendant deux jours une localisation aux méninges.

Après quinze jours de cet état, les douleurs disparaissent, le gâteau péri-ombilical est toujours senti, mais la matité diminue. Le facies est aussi meilleur et la gaîté revient.

Le malade de l'observation V, chez lequel on a procédé à une laparatomie exploratrice, présentait à la surface de l'intestin, un semis de granulations sans ascite.

C'est une de ces formes de péritonite tuberculeuse

anascitique, dont M. Armand-Delille dit : « Il s'agit d'enfants ou d'adolescent, chez qui la maladie débute, soit par des accidents péritonéaux d'allure assez brusque, colique, vomissements, accompagnés d'une réaction fébrile intense et se faisant presque toujours par accès, soit d'une manière plus insidieuse et prend alors la forme d'une typho-bacillose; puis tout semblait s'amender, se localiser. Ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines, quelquefois deux ou trois mois, qu'on peut voir apparaître un peu d'empâtement du ventre et que l'on arrive, exceptionnellement, à percevoir sur une étendue limitée, une ou plusieurs masses donnant la sensation de gâteaux épiploiques et qui permettent de confirmer le diagnostic».

Enfin, dans l'observation VII, le Professeur Sergent avait porté le diagnostic de péritonite fibreuse accompagnée de légère ascite.

Voilà donc la description des péritonites bacillaires succédant à la typho-bacillose et des trois types cliniques différents, dans lesquels elles se rangent.

CHAPITRE III

Diagnostic

Nous passerons tout d'abord brièvement en revue le diagnostic de la typho-bacillose à la période aiguë.

C'est avec la fièvre typhoïde qu'elle est toujours confondue. En effet « de la fièvre typhoïde ces malades ont presque tout, et de la tuberculose, ils n'ont rien » (Landouzy).

En dehors des signes fournis par le laboratoire, il est impossible de faire une différence entre ces deux maladies. Le médecin qui n'aurait que l'examen clinique pour toute ressource « ne pourrait avoir qu'une impression, conduisant au diagnostic plufôt qu'une certitude » (Nobécourt).

En décrivant les symptômes, nous avons signalé la fréquence relative du pouls que Rillet et Barthez avaient déjà remarquée « dans la tuberculisation générale aiguë ». Les oscillations de température dans la typho-bacillose à la période d'état sont plus grandes que dans la dothié-

nentérie. De la présence de tuphos chez tous nos malades, il est difficile de tirer une conclusion favorable à la typho-bacillose. Sur ce point, les avis des auteurs sont contradictoires et le tuphos manque le plus souvent dans la fièvre typhoïde chez l'enfant.

La même incertitude existe que l'on constate de la diarrhée ou de la constipation. Le gargouillement a toujours fait défaut cependant.

Seules, l'absence d'ulcérations palatines et de taches rosées, qui pour Landouzy étaient si importantes, orienteraient peut-être le diagnostic. Mais combien de fois, dans la typhoïde, les a-t-on trouvées discrètes, fugaces, difficiles à découvrir ?

Les recherches de laboratoire ont principalement un rôle d'élimination. L'hémoculture au début et ensuite le séro-diagnostic aux para A et B et à l'Eberth, par leurs réponses négatives, font douter du diagnostic : fièvre typhoïde qui a été posé et qui, tout naturellement avec ces symptômes-là, vient à l'esprit.

Il est intéressant de noter que le Pr Nobécourt, inoculant à des cobayes le sang de trois malades chez lesquels évoluait une typho-bacillose, a obtenu des résultats négatifs.

La cuti-réaction observé négative pendant la première semaine est devenue ensuite positive. Le Pr Nobécourt a dit à ce sujet : « Quand une cuti-réaction est négative au cours d'une fièvre à allure typhoïde, il ne faut pas se hâter d'éliminer la tuberculose, car il peut s'agir d'anergie ou d'anti-allergie tuberculinique. Une cuti-réaction positive n'a pas de valeur diagnostique; mais

quand, par hasard, il est fait des séries de négatives et ensuite une positive, il est permis d'en tirer argument. »

En raison de l'entrée récente du malade à l'hôpital, nous n'avons eu qu'une négative et ensuite une cuti-réaction positive; la loi des séries négatives n'existe donc pas dans notre cas.

Diagnostic positif de la Péritonite tuberculeuses

1° *Formes fibro-caséeuses.* — Le météorisme précoce de l'abdomen, l'hyperestésie très bien notée (observ. I), l'amaigrissement, les coliques (observ. II), les vomissements (observ. I), la diarrhée (observ. I, III, IV), les douleurs abdominales spontanées ou provoquées, établissaient dès le début une forte présomption en faveur de la péritonite bacillaire. L'existence d'un épanchement pleural (observ. I et II) est venue en plus confirmer la nature bacillaire, suivant la loi de Godelier.

Aussi, la délimitation des gâteaux par la palpation, la submatité qu'ils donnaient à la percussion, ne firent que vérifier ce diagnostic.

2° *Formes anascitiques.* — Le diagnostic est ici beaucoup plus difficile. D'abord les cas de péritonite anascitiques sont rares et peu connus, et dans les formes consécutives à la typho-bacillose, l'évolution antérieure de la maladie, sans caractères bien déterminés, n'aide pas beaucoup le médecin dans l'affirmation de ce type de péritonite.

Dans l'une de nos observations (V), la présence d'une

tuméfaction sus-claviculaire fit bien soupçonner la tuberculose, mais ce fut seulement par le moyen précieux de la laparatomie exploratrice, que la vue de la séreuse péritonéale et de l'intestin sous-jacent permirent de dire : c'est une péritonite tuberculeuse.

Diagnostic différentiel

Dans la forme fibro-caséeuse, en raison de la marche de l'affection, de la constatation des gâteaux péritonéaux, il était presque impossible à la période d'état de porter un autre diagnostic. Quant aux formes anascitiques : la colite muco-membraneuse, qui fut envisagée pendant un temps, fut rapidement éliminée par la suite de l'évolution. Il en est de même du phlegmon sous-hépatique, auquel une tuméfaction de l'hypocondre droit avait fait songer.

CHAPITRE IV

Pathogénie

Nous nous permettrons de rappeler quelques notions sur la pathogénie de la typho-bacillose et nous chercherons à les appliquer à nos diverses observations.

De quelle manière se réalise la typho-bacillose ? L'hypothèse de septicémie bacillaire sans foyer tuberculeux préalable est exceptionnelle (Nobécourt).

On admet aujourd'hui que dans la majorité des cas, il y a un foyer tuberculeux primitif, qui serait dans les ganglions trachéo-bronchiques (Hutinel).

Là se trouve une véritable réserve de bacilles qui, un jour ou l'autre, empruntant la voie sanguine, s'en iront coloniser une séreuse, un organe ou un os. Ce sera une bacillémie. L'expérimentation a essayé de démontrer cette bacillémie : les résultats des expériences ont été contradictoires.

MM. Nobécourt et Darré, inoculant au cobaye le sang de 40 enfants atteint de tuberculoses diverses, dont 21

avaient des formes aiguës, n'ont trouvé le bacille que chez 4 enfants.

Les recherches de Mlle Thiers, de Turquety (1), ont été aussi peu concluantes.

Malgré cela, dans les cas de typho-bacillose à localisations ultérieures, on ne peut nier la bacillémie et c'est certainement le sang qui véhicule les bacilles. Mais il y aurait « des décharges bacillémiques légères » (Marfan).

Il n'en faut pas conclure que la typho-bacillose soit liée à l'existence de cette bacillémie. Dans un certain nombre de cas sans localisations ou seulement au niveau des ganglions trachéo-bronchiques, la bacillémie n'est pas nécessaire pour expliquer la fièvre.

Pourquoi les bacilles vont-ils se fixer sur le péritoine plutôt que sur une autre séreuse ? Nous l'ignorons. Mais « cette fixation n'est pas aussi capricieuse qu'on pourrait le supposer, puisque nous ne connaissons pas les lois qui la régissent, mais on peut affirmer qu'elle ne se fait pas au hasard. Elle s'opère là où les germes tuberculeux trouvent des conditions favorables à leur développement » (Hutinel).

Il se peut que la résistance locale ou générale du sujet intervienne. La virulence plus ou moins grande des microbes entre vraisemblablement en jeu, si nous nous basons sur l'expérimentation.

Lévy-Sirugue cherchant à produire les différentes formes de péritonite tuberculeuses chez le chien, le cobaye et le lapin, réalisait très bien la péritonite chez le chien;

---

(1) Cités par le Professeur Nobécourt. *In Pédiatrie pratique.*

mais chez le cobaye et le lapin, il lui fallait des microbes de virulence atténuée, sans quoi ceux-ci mourraient de lésions ganglionnaires ou viscérales, mais sans péritonite.

Il se peut donc que les localisations péritonéales soient dues à des bacilles de Koch dont la virulence est atténuée. Mais, tirer de ces expériences une conclusion ferme, serait bien osé.

Quant à la localisation sur les os, en l'espèce sur le péroné (observ. I), le travail qui s'accomplit, du fait de la croissance, au niveau des os est peut-être un point d'appel pour les microbes.

CHAPITRE V

Evolution et Pronostic

1° *De la typho-bacillose à la période aiguë.* — Il nous a été donné de pouvoir suivre pendant huit mois l'évolution du malade de l'observation I et nous avons retrouvé celle-ci fidèlement retracée dans quatre autres observations (observ. II, V, VI, VII).

La typho-bacillose dans cette période aiguë est rarement mortelle. L'issue fatale est beaucoup moins à craindre que dans la fièvre typhoïde. Quand elle se produit, les malades meurent dans l'adynamie et aucune localisation ne s'est faite.

Il est admis que la localisation précoce permet de porter un pronostic moins favorable. Cependant, chez tous nos malades, la localisation s'est faite assez tôt et cette période a été bien tolérée par eux.

2° *De la péritonite bacillaire.* — C'est avec la localisation que commencent un pronostic et une évolution beaucoup plus redoutables.

« Danger immédiat et pronostic fatal dans la méningite, pronostic moins grave et plus lointain dans la localisation péritonéale et pulmonaire et presque bénin dans la localisation pleurale » (Weill).

Quelle a été l'évolution de la péritonite dans les observations que nous étudions ? Nous verrons que chez tous les malades l'évolution de la péritonite a été bonne : une amélioration très notable ou une guérison terminant la maladie. Le pronostic de la maladie locale a toujours été favorable. Hélas ! ces malades sont des tuberculeux. La guérison momentanée locale est bien observée, mais ultérieurement un autre organe se déclare bacillisé.

Le malade (observ. I), au bout d'un mois de péritonite bacillaire franche, a vu d'abord les douleurs disparaître presque complètement : à peine arrive-t-on à produire une petite réaction par la palpation profonde. Le mois suivant l'état général est bien meilleur, l'appétit est revenu et les gâteaux péritonéaux montrent, seuls, la péritonite antérieure. Sept mois après, une masse indolente péri-ombilicale est encore perçue.

L'enfant a augmenté de 7 kilos depuis le début de la maladie. La terminaison de cette péritonite est, en somme, parfaite et notre petit malade aurait repris sa vie habituelle si de nouveaux bacilles tuberculeux n'étaient allés toucher l'extrémité inférieure du péroné et produire une fistule. Cela prouve entièrement ce que disait Landouzy : « La guérison locale existe, mais la guérison générale se rencontre bien rarement. »

Enfin, un fait nouveau est venu assombrir le pronostic : une récente radio a montré des ombres hilaires accentuées

et des champs pulmonaires moins transparents. Les poumons devront être tout particulièrement surveillés pour tâcher de prévenir, si possible, leur atteinte.

Dans l'observation II, une fistule péri-ombilicale a terminé la péritonite. Elle a duré six mois. Pendant ce temps, les gâteaux péritonéaux disparaissaient et la fistule finissant par se fermer : la guérison fut totale.

La jeune fille de l'observation V a eu, après sa laparatomie, une fièvre subaiguë; mais trois mois plus tard, l'abdomen était revenu normal.

Dans l'observation VI, les accidents péritonéaux ont peu à peu diminué; malheureusement une localisation péri-annexielle s'est produite ensuite.

Enfin, le malade de l'observation VII a été très amélioré par trois mois de traitement, reprenant six kilogrammes pendant ce laps de temps et ne conservant plus, en définitif, qu'un gâteau péri-ombilical indolent.

La péritonite tuberculeuse succédant à la typho-bacillose, ne présenterait donc pas une extrême gravité si nous en jugeons par les cas précédemment examinés.

CHAPITRE VI

Traitement

Avons-nous à notre disposition des moyens thérapeutiques efficaces ? Tout d'abord que faire à la période de typho-bacillose ?

Le repos complet au lit doit être avant tout prescrit. Comme le clinicien se croit toujours en face d'une fièvre typhoïde, la balnéation est souvent tentée. Dès le premier bain, l'expérience s'arrête la plupart du temps, car c'est un véritable coup de fouet donné à la maladie.

Si pendant cette période un diagnostic était fait, il faudrait alimenter ces malades à la diète, en raison du diagnostic de fièvre typhoïde précédemment posé.

Mais, en général, un véritable traitement n'est institué que le jour où une localisation a été découverte.

En présence de péritonite tuberculeuse, le traitement actuel, prescrit, varie suivant le milieu, familial ou hospitalier, le lieu où l'on se trouve et les cliniciens.

Nous avons pu suivre avec quelques détails celui qui fut imposé au petit malade de l'observation I.

Ce fut, en premier lieu, un repos absolu, pour suivre le précepte du professeur Nobécourt, « ménager ses forces, limiter ses dépenses et augmenter ses gains ».

Quinze jours après le début de la péritonite et la fièvre existant, il fut soumis trois fois par semaine à l'action des rayons ultra-violets.

Il est à remarquer que l'augmentation de fièvre et l'apparition d'ascite, qui existent très souvent au début de ce traitement, n'ont jamais été signalées chez ce malade.

Deux mois plus tard, bien amélioré, l'enfant laissa l'hôpital pour aller un mois en Beauce faire de l'héliothérapie. Enfin en septembre il partit à Hendaye où, étendu sur le sable, il était exposé une moyenne de quatre ou cinq heures par jour à l'action du soleil.

Les divers traitements : repos, rayons ultra-violets, héliothérapie simple, héliothérapie marine, ont été successivement employés chez cet enfant et ont donné un bon résultat.

Là ne se borne pas l'arsenal médical : un autre mode de traitement, la laparatomie, suivie de cures climatériques et héliothérapiques, a été institué chez le malade de l'observation V et couronné de succès.

Cette esquisse thérapeutique est, pour le médecin, une consolation. La péritonite tuberculeuse ne le trouve pas impuissant, désarmé, puisqu'il possède dans la nature, non seulement le moyen de soulager ses malades, mais encore celui de les guérir.

Conclusions

1. La péritonite tuberculeuse peut être observée à la suite d'une typho-bacillose. Au lieu de se déclarer, comme les autres localisations, après une convalescence, il semble qu'elle apparaisse plutôt pendant la période aiguë de la typho-bacillose et qu'elle lui succède sans transition.

2. Les formes de la péritonite tuberculeuses reconnues sont : la forme fibro-caséeuse et la forme anascitique, qui se montrent respectivement avec les symptômes caractéristiques de chaque forme.

3. Le diagnostic entre la typho-bacillose et la fièvre typhoïde est impossible. C'est la localisation péritonéale qui fait poser en même temps celui de péritonite bacillaire et pour la période aiguë, qui a précédé la péritonite, celui de typho-bacillose.

4. Le pronostic de la période aiguë de la typho-bacillose est relativement bon. Le pronostic des péritonites consécutives serait meilleur que celui des péritonites bacillaires chez l'enfant, où il est bénin. Mais de toutes façons, il faut être très réservé sur l'avenir; de nouvelles localisations bacillaires se faisant assez fréquemment.

5. Les rayons ultra-violets, l'héliothérapie simple ou accompagnée d'une cure climatérique ou marine sont de bons agents thérapeutiques de ces péritonites.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

LAPIE.

Bibliographie

1. Armand-Delille. — Les formes anascitiques de la péritonite tuberculeuse. — *La Presse Médicale*, 15 mai 1913.
— La fièvre de tuberculisation et son diagnostic chez l'enfant. — *Monde Médical*, 15 mars 1924.
2. Bouillaud. — La tuberculose pleuro-péritonéale. — Thèse Paris, 1885.
3. Brouardel-Gilbert. — Traité de Médecine, T. 18 et 30, 1922.
4. Bufnoir. — Péritonite tuberculeuse et héliothérapie. — *Journal Médical Français*, juillet 1923.
5. Cadet de Gassicourt. — Traité clinique des maladies de l'enfance, 1880, T. I.
6. Claisse. — La typho-bacillose. — *La Clinique*, 20 mai 1910.
7. Comby. — La typho-bacillose de Landouzy chez les enfants. — Soc. méd. Hôpitaux de Paris, 24 juin 1921.
8. Courmont (P.). — Septicémies tuberculeuses. — Nouveau traité de Roger, Widal et Teissier, Fasc. IV.
9. Deblois. — De la typho-bacillose chez l'enfant. — Thèse Paris, 1922.
10. Fernet. — Tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë. — *Bulletin et Mémoire Société Médicale Hôpitaux*, 1884.
11. Gougerot. — Bacillose non folliculaire. — Th. Paris, 1908.
— Typho-bacillose de Landouzy. Diagnostic bactériologique pendant la période d'état. — *La Presse Médicale*, 22 août 1908.

12. GRANDCHAMP. — La typho-bacillose de Landouzy. — Thèse Paris, 1908.

13. HUART. — Le pronostic de la typho-bacillose. — Thèse Paris, 1910.

14. HUTINEL. — Septicémie tuberculeuse et typho-bacillose. — *Gazette des Hôpitaux*, 16 novembre 1911.

15. HUTINEL et NOBÉCOURT. — In Hutinel : Traité des maladies des enfants, T. III.

16. JOUSSET-ANDRÉ. — La bacillémie tuberculeuse. — *Semaine Médicale*, 14 septembre 1904.

— La granulie. — *Monde Médical*, 15 octobre 1925.

17. LAFFORGUE. — La typho-bacillose de Landouzy. Son diagnostic par les inoculations massives de sang. — *Presse Médicale*, 1908.

18. LANDOUZY. — La typho-bacillose. — *Semaine Médicale*, 1891.

19. LANDOUZY et LŒDERICH. — Sur une forme subaiguë de septicémie tuberculeuse. — *Presse Médicale*, 1908.

20. LÉVY-SIRUGUE. — Etude anatomo-pathologique et expérimentale de la tuberculose péritonéale. — Thèse Paris, 1898.

21. MACHERAS. — Localisations tardives de la typho-bacillose. Thèse Lyon, 1906.

22. MICHEL-GODART. — Le traitement de la péritonite tuberculeuse. — Thèse Paris, 1920.

23. NOBÉCOURT. — Les particularités de la fièvre typhoïde chez les enfants. — *La Médecine*, août 1921.

— La typho-bacillose chez les enfants. — Leçon clinique du 18 février 1922, in *Monde Médical*, 1er avril 1922. La péritonite tuberculeuse, in *Pédiatrie pratique*, 5 mars 1910. — Evolution et traitements des péritonites subaiguës et chroniques chez l'enfant, in *Pédiatrie Pratique*, avril 1922. — Précis de Médecine infantile, Masson, 4e édition, 1920.

24. Nobécourt et Darré. — Recherche sur la bacillémie tuberculeuse chez les enfants par l'injection du sang au cobaye. — *Bullet. Soc. et Scient.* : sur la tuberculose, 14 nov. 1912.

25. Pierre Pruvost. — La péritonite tuberculeuse. — *Journal Médical Français*, juillet 1923. — La péritonite tuberculeuse, in Traité de pathologie médicale, Sergent-Ribaudeau-Dumas, T. 18.

26. Rillet et Barthez. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants, T. III, 1891.

27. Léon Tixier. — La typho-bacillose. — *Monde Médical*, 15 septembre 1925.

28. Weill et Mouriquand. — Typho-bacillose et localisations tardives de l'infection tuberculeuse aiguë chez l'enfant. — *Presse Médicale*, 27 novembre 1909.

IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES.

IMP. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES.